**上級室・個室等証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 認定番号 |  |
| 氏名 |  | 傷病名 |  |
| 入院期間 | 　　　　年　　月　　日から | 　　　　年　　月　　日まで |  | 日間 |
| 個室等を必要とした期間 | 　　　　年　　月　　日から | 　　　　年　　月　　日まで |  | 日間 |
| 上級室、個室等を必要とした理由（具体的に記載してください。） |  |
| 等級別病室明細 | 呼称　例（特別室、個室） |  |  |  | 普通室（　　人部屋） |
| 収容定員 |  |  |  |  |
| １日当たりの室料差額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 備考 |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　月　　日 |
| 病院又は診療所の | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 担当医師 |  |  |